FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEANNE DUCOURTIOUX

de la Faculté de Médecine de Paris
Externe des Hôpitaux de Paris
Née à Limoges, le 15 Septembre 1895

Contribution à l'Etude

DE

l'Adénome du Col de l'Utérus

Travail du Service et du Laboratoire
de M. le Professeur J.-L. FAURE, à l'Hôpital Broca

Président : J.-L, FAURE

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1926

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N....
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N....
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment^{le}.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père
le Commandant P. RICHERT
Officier de la Légion d'honneur

A ma mère et à mes sœurs

Au docteur PIERRE DUCOURTIOUX

Au docteur MARCEL DUCOURTIOUX
Interne des Hôpitaux de Paris

A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur J.-L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur de clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de profonde gratitude et de vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur-agrégé
CHAMPY

Pour le remercier de nous avoir guidé dans cette étude.

A Monsieur le Docteur DOUAY

Chef des travaux gynécologiques
à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de reconnaissance pour son précieux et dévoué enseignement.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le docteur ARNOZAN

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Médecin honoraire des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le docteur P. RAVAUT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le docteur J. AUCLAIR

Médecin de l'Hôpital-Bastion 29

Monsieur le docteur CAUSSADE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A Monsieur le docteur RAYMOND

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Limoges
Professeur à l'Ecole de Médecine

A Monsieur le docteur M. FERRAND

Assistant de l'Hôpital Saint-Louis

A MM. les docteurs J. Ch. BLOCH,
J. BRAINE,

Prosecteurs à la Faculté de Médecine de Paris

A M. le docteur LEROY

Chef de clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris

INTRODUCTION

L'adénome du col utérin est une tumeur bénigne, caractérisée par l'hyperplasie simple des glandes de la muqueuse cervicale.

Cette hyperplasie, diffuse le plus souvent, partielle quelquefois, réalise toute une série de types anatomo-cliniques que nous nous proposons d'étudier.

Nous verrons qu'à différents points de vue ces états adénomateux méritent d'être mieux connus.

Ils paraissent former une chaîne ininterrompue qui relie la métrite cervicale extrêmement fréquente à l'épithéliome glandulaire relativement rare.

Ils diffèrent cependant de la métrite simple par quelque chose en plus qui est l'exagération considérable du processus hyperplasique glandulaire ordinairement discret dans l'inflammation chronique.

Ils se distinguent de l'épithéliome glandulaire par quelque chose en moins, qui est l'absence constante de malignité.

Au point de vue du traitement, nous verrons que certains états adénomateux, que l'on serait tenté au premier abord de confondre avec les métrites chroniques cervicales, s'en distinguent par ce fait qu'ils ne relèvent déjà

plus d'un traitement antiseptique, comme la métrite banale.

Nous verrons aussi que certaines formes d'adénome, qui simulent cliniquement l'épithéliome du col, guérissent parfaitement par une exérèse limitée.

Enfin, il n'est pas douteux qu'il existe des transformations d'adénome en épithéliome glandulaire. Cette notion d'état précancéreux donne un intérêt plus grand encore à la question de l'adénome cervical. L'éventualité possible d'une transformation permet d'être plus affirmatif dans certaines conclusions thérapeutiques.

HISTORIQUE

L'adénome du col n'est pas spécialement décrit dans les traités classiques de gynécologie. La plupart des auteurs étudient, dans un chapitre d'ensemble, les adénomes de l'utérus. En réalité, ils ont en vue surtout les adénomes du corps. Ils se contentent de signaler la possibilité d'un processus analogue au niveau du col. Les adénomes du col et ceux du corps sont cependant bien différents.

Histologiquement, les muqueuses dont ils dérivent ne sont pas du même type. Cliniquement, ils donnent des aspects très dissemblables.

Cependant, en 1916, Forgue et Massabuau étudient de façon plus précise les adénomes exclusivement cervicaux. Ils en mentionnent deux formes : l'adénome kystique et le polype glandulaire.

L'adénome kystique avait été déjà signalé par Ségalin, Michel, Schubert. Bouilly en avait isolé un type sous le nom d'hypertrophie kystique du museau de tanche.

Le polype glandulaire du col, souvent confondu avec des polypes d'autre nature par Fritch, Montfumat, avait été cependant déjà individualisé par Birnbaum et Nadal.

Ces deux formes d'adénomes, adénome kystique et polype glandulaire, bien que les moins fréquentes, doivent

à leur aspect clinique très particulier d'avoir été décrites les premières.

Au contraire, les formes plus communes, qui devaient être étudiées plus tard sous le nom d'adénomes diffus, ont été d'abord rangées, suivant les cas, soit dans le cadre des métrites (métrite polypeuse de Cornil, Pozzi, de Sinety), soit dans le groupe du cancer, en particulier par les auteurs allemands.

La création du terme d'adénome malin a entretenu longtemps la confusion entre l'adénome et le cancer glandulaire endocervical.

La distinction ne tarde cependant pas à se faire. Déjà en 1905 MM. Hartmann et Lecène avaient rapporté, à la Société d'obstétrique et de gynécologie l'observation d'un adénome du col ayant simulé cliniquement un cancer. Ces auteurs analysent les observations plus anciennes de Morestin et de Mansfeld et montrent que chez leur malade la tumeur présentait un certain nombre de caractères qui faisaient présumer de sa bénignité.

En 1924, MM. Hartmann, d'Allaines et Surmont rapportent, dant le Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie, le cas d'un adénome pédiculé du col utérin. Leur observation est particulièrement intéressante par ce fait qu'il existait un début de transformation cancéreuse.

En 1914, à propos d'un cas de Pozzi et Rouhier, M. le professeur Champy publie un travail d'un intérêt biologique considérable (1)

---

(1) CHAMPY et COCA. — Pathologie du cancer et cultures du tissu. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale.* Tome XVIII, page 549. Année 1919 et 1920.

En effet, partant d'un adénome du col uterin, Champy parvient à reproduire, par le procédé des cultures de tissu, le cancer dérivé de cet adénome.

En 1922, Moukayé étudie, dans le laboratoire de Champy, les différents types histologiques de l'adénome, leur degré de bénignité et leur transformation histologique en cancer (2).

Auvray, en 1925, rapporte les travaux de Moukayé et dicte, dans l'article du Précis de gynécologie, la conduite du chirurgien en présence de l'adénome du col.

Enfin, tout récemment MM. Douay (1) et Soïmaru, à propos d'une série de cas observés dans le service de notre Maître M. le Professeur J. L. Faure, consacrent à la question de l'adénome cervical un important travail d'ensemble.

---

(2) MOUKAYÉ. — Recherches sur les néoplasies des glandes cervicales. Gynécologie et Obstétrique. Tome V, nº 1, 1922.

(1) DOUAY et SOIMARU. — L'adénome du col. Gynécologie et obstétrique. Tome XII, nº 4. Année 1926.

ETIOLOGIE

L'adénome du col uterin est assez fréquent. Parmi les observations recueillies au cours de ces trois dernières années, dans le service du P[r] J. L. Faure, Douay en relève 40 cas confirmés par l'examen histologique du P[r] Champy.

A ces cas nous ajouterons les 12 observations inédites qui font le sujet de cette thèse. Les malades dont nous publions les observations ont été suivies au point de vue clinique et opératoire par le D[r] Douay. Chaque cas a été étudié histologiquement par le P[r] Champy.

L'âge auquel on observe cette affection est ordinairement compris entre 30 et 50 ans. Mais on peut l'observer plus tôt ou plus tard.

Entre 20 et 30 ans, Douay a observé 8 cas d'adénomes. Trois de nos malades avaient 29 ans.

Il n'est pas rare de constater l'adénome après la ménopause. Un cas de Douay concerne une femme de 72 ans présentant un adénome kystique. Deux de nos observations ont trait à des malades ayant dépassé 50 ans.

Sur 52 observations, la fréquence de l'adénome se répartit ainsi suivant l'âge :

de 20 à 30 ans : 11 cas
de 30 à 40 ans : 14 cas
de 40 à 50 ans : 22 cas
après 50 ans : 5 cas

Le maximum de fréquence s'observe de façon très nette, ainsi que Douay l'a noté, au voisinage de la ménopause, donc à un âge très voisin de celui du cancer.

Certains auteurs considèrent la métrite cervicale comme étant toujours la cause première de l'hyperplasie glandulaire. Nous avons recherché chez nos malades la métrite cervicale et les causes susceptibles d'avoir déterminé ou entretenu une métrite : blennoragie, infection puerperale, traumatisme obstétrical.

Dans nos 12 observations, nous relevons 7 cas avec métrites, salpingites, accouchements.

Dans les 5 autres observations, nous ne trouvons pas d'infection cervicale ni de commémoratifs permettant de penser que cette infection ait existé à un certain moment.

Sur 52 cas du service du Pr J. L. Faure, nous trouvons 14 nullipares sans enfants, ni fausses-couches, ni métrites, soit un peu plus de 1/4 des cas. Douay a publié l'observation d'une malade de 40 ans avec hymen intact et qui présentait un adénome végétant simulant un cancer.

Nous pensons que la métrite cervicale, l'ectropion de la muqueuse cervicale, la puerpéralité, les traumatismes sont susceptibles de déterminer, dans certains cas, un processus de prolifération glandulaire évoluant parallèlement au processus de régénération. Ce processus peut être le primum movens de l'évolution adénomateuse. Mais ces facteurs, infections, traumatismes, ne nous paraissent pas se rencontrer avec assez de constance pour être considérés dans tous les cas, comme à la base de l'hyperplasie glandulaire.

Champy, se plaçant au point de vue de l'anatomie pathologique, est arrivé à des conclusions assez semblables. « Si on trouve souvent des adénomes coexistant avec des lésions inflammatoires et paraissant favorisés par elles, ils peuvent aussi exister sans traces de lésions inflammatoires. D'autre part, les vieilles infections du col sans adénomes sont communes. L'adénome n'est pas une conséquence obligatoire de la métrite ».

Quant à la cause réelle de la transformation adénomateuse des glandes cervicales, elle nous échappe, de même que celle de toutes les néoplasies épithéliales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomiquement, ce qui caractérise essentiellement l'adénome du col de l'utérus, c'est l'hyperplasie glandulaire. Cette hyperplasie glandulaire se retrouve toujours quel que soit l'aspect macroscopique de la tumeur.

Elle existe non seulement dans l'adénome, mais aussi dans les états inflammatoires chroniques du col. Dans les cols infectés, même légèrement, on peut rencontrer une prolifération de la muqueuse. Mais le processus est ordinairement discret. Il est souvent très localisé, même dans les métrites diffuses. On ne le rencontre guère dans les métrites aigües. Très souvent la réaction du tissu conjonctif l'emporte sur celle de la muqueuse. On trouve en outre dans les métrites une infiltration souvent considérable de cellules inflammatoires.

Cette réaction inflammatoire est discrète dans l'adénome à moins que la tumeur ne soit secondairement infectée. Elle peut même manquer complètement.

Cette hyperplasie est une mode de réaction banal des muqueuses sous l'action d'une cause irritative. Il n'est donc pas étonnant de la trouver à la fois dans la métrite et dans l'adénome.

Dans la métrite, à côté de l'hyperplasie, on trouve la réaction habituelle des cellules fixes et mobiles en pré-

sence des microbes pathogènes, facteurs d'inflammation banale.

Dans l'adénome, on se trouve en présence d'une hyperplasie considérable qui est peut-être un mode de réaction particulier vis-à-vis d'une cause irritative encore inconnue.

L'examen de préparations histologieques d'adénomes du col permet, à un grossissement moyen, de distinguer deux aspects bien différents décrits par Moukayé. Ces deux aspects peuvent d'ailleurs se juxtaposer sur une même préparation.

A) *L'adénome papillaire*, représente le type le plus souvent rencontré.

On voit en général une masse de glandes anormalement grandes et larges. Leur paroi, au lieu de présenter quelques papilles peu marquées, montre de grandes saillies épithéliales souvent même lobées et divisées.

On peut considérer comme caractéristique de ce type l'ectasie extraordinaire des glandes. Il peut résulter de cette ectasie, jointe à la formation de papilles des images bizarres et compliquées, une glande s'invaginant par exemple dans une autre glande.

B) *L'adénome lobulé* est déjà beaucoup plus rare.

Ici, par un processus inverse du précédent, il y a pénétration des culs de sac glandulaires néoformés dans le tissu conjonctif voisin. Ces culs de sac glandulaires peuvent, sur les coupes, paraître s'isoler et se grouper par 7 à 8 dans le tissu conjonctif constituant des sortes de petits lobules. Dans ce type, les culs de sac glandulaires néoformés restent petits, avec peu de replis papillaires.

Enfin l'examen des préparations nous montre encore un autre caractère : tendance peu marquée à l'envahissement en profondeur, surtout en ce qui concerne l'adénome papillaire. Ce caractère n'a d'ailleurs ici qu'une importance relative, comme le fait remarquer Moukayé, car normalement, ou dans le cas d'inflammation chronique légère, quelques glandes du col peuvent pénétrer dans la profondeur.

Cette hyperplasie glandulaire constituant l'adénome, un examen à un plus fort grossissement va nous permettre de l'étudier dans ses détails.

a) La basale, si intense que soit le processus de prolifération, est toujours intacte.

b) Elle supporte presque partout un seul rang de cellules. Rarement plusieurs. Ces cellules sont celles de l'épithelium cylindrique normal : cellules hautes, à calices muqueux, à noyaux rejetés à la base. Elles se multiplient uniquement par clivage vertical du noyau. Elles se reproduisent certainement assez vite vu la rapidité parfois grande du développement constaté dans certaines tumeurs. Cependant on ne trouve jamais de caryocinèses pas plus d'ailleurs que dans les glandes cervicales normales (1).

c) Le stroma conjonctif présente des réactions variables. Certaines sont peut-être contingentes : œdème, dilatation vasculaire, infiltrats leucocytaires.

---

(1) Il y a d'ailleurs là une distinction capitale au point de vue de la biologie cellulaire entre les glandes cervicales et celles d'un corps utérin. Dans ces dernières, on sait que les caryocinèses sont nombreuses et constituent le mode normal de régénération.

d) Enfin il s'agit d'une tumeur bénigne et jamais on ne rencontre d'envahissement lymphatique.

En résumé : l'intégrité de la basale, la conservation de la fonction glandulaire, l'absence de mitoses anormales, l'absence d'envahissement des lympathiques et de métastases montrent que nous nous trouvons en présence de tumeurs bénignes.

A côté de ces premiers types, Moukayé en décrit un troisième, extrèmement rare, mais intéressant parce qu'il représente peut-être un stade vers la malignité :

L'adénome térébrant. — Son aspect est celui d'un adénome peu papillaire, nullement lobulé, poussant très profondément dans les muscles de nouveaux culs de sac qui restent en communication avec la glande. Il présente donc une tendance marquée à l'envahissement en profondeur.

Il existe de petites plages où la sécrétion muqueuse a à peu près disparu, où le noyau devient plus central. « C'est là sans doute une tendance vers un processus cancéreux, mais encore très flou et très limité » (Moukayé).

Les cas de dégénérescence épithéliomateuse

L'adénome tumeur bénigne peut se transformer en tumeur maligne. Le cancer glandulaire représente le terme de cette évolution maligne.

Nous venons de voir, à propos de l'adénome térébrant, combien il était difficile de fixer les limites respectives de l'adénome et du cancer. Nous avons dit que cette tendance au processus cancéreux était surtout caractérisée par des modifications cytologiques apparaissant en petites plages

discrètes : perte de la sécrétion muqueuse, modifications nucléaires.

Ce sont ces modifications cellulaires qui nous guideront dans le diagnostic des cas de dégénérescence épithéliomateuse.

Il nous faut donc étudier maintenant les caractères cytologiques qui, pour Champy, Moukayé, doivent être considérés comme des indices de malignité.

a) Les tubes en voie de cancérisation sont caractérisés par leur densité. En effet, dès le début de la transformation maligne, on assiste à une stratification des éléments glandulaires en deux ou trois couches. Cette stratification se fait rapidement. La couche cellulaire tournée vers le centre de la glande garde souvent, mais non toujours, un type glandulaire parfait. Au contraire on ne peut retrouver dans les cellules sous-jacentes la moindre trace de la fonction primitive.

b) Dans ces couches profondes on note les modifications capitales qui traduisent la perte du caractère glandulaire. Il n'y a plus de calices muqueux dans les cellules. Le cytoplasme prend un aspect granuleux. Les noyaux viennent occuper la partie moyenne ou la partie superficielle. Ils se multiplient activement par caryocinèse. Rappelons combien ces caryocinèses, dans les cellules à mucus du col, constituent un fait d'ordre pathologique.

A ce stade de cancer au début on peut encore retrouver les deux aspects que Moukayé a décrit dans l'adénome : aspect papillaire, aspect lobulaire.

c) La métastase est possible. Douay l'a rencontrée une

fois. Sa fréquence est difficile à apprécier étant donné le nombre trop peu considérable des cas de dégénérescences jusqu'à présent publiés.

En résumé, au cours de cette description histologique, nous avons envisagé successivement des lésions allant de la métrite chronique avec hyperplasie légère aux premiers stades du cancer cylindrique. Entre ces termes de notre étude nous avons passé en revue la série des états adénomateux.

Pour schématiser la question, nous ne nous sommes attachés qu'aux cas suffisamment individualisés pour pouvoir nous servir de jalons.

Mais on conçoit l'existence de formes de transitions et que leur diagnostic puisse être délicat.

Ce diagnostic n'a, en pratique, d'importance que dans les cas qui sont à la limite des dégénérescences cancéreuses. Nous verrons plus loin la conduite très simple qui s'impose dans ces cas.

Formes anatomo-cliniques

Au point de vue anatomo-clinique, l'adénome du col revêt des aspects différents suivant qu'il intéresse seulement un point de la muqueuse du col (formes partielles) ou qu'il se généralise à la totalité de cette muqueuse (formes diffuses).

I. — *Formes partielles*

Elles sont les plus rares. Elles comprennent :

a) l'adénome localisé végétant:

b) le polype adénomateux;

c) l'adénome kystique ou cystadénome.

a) *L'adénome localisé végétant* est la moins rare des formes partielles.

Son point d'origine est presque toujours à l'union des deux muqueuses endocervicale et cervicale. Il siège le plus souvent sur la lèvre antérieure du col. Il reste localisé au voisinage de l'orifice externe.

En un point l'adénome fait saillie sous forme d'un gros bourgeon de surface légèrement grenue, assez régulière, de consistance ferme, élastique, ne saignant pas ou peu au toucher (voir Obs. I).

b) *Le polype adénomateux* (polype glandulaire, adénome pédiculé).

Il est rare. Douay en a publié un cas. Nous en apportons une nouvelle observation (Obs. VIII).

Son origine est le canal endocervical. Il distend l'orifice du col et apparait dans le vagin. Il se présente sous forme d'une tumeur pédiculée. La tumeur est assez volumineuse, rouge foncée, granitée. Elle est de consistance ferme et ne saigne pas. Le pédicule est épais, résistant quelquefois à la torsion. Au cours de son évolution le polype dilate le col. Il peut s'ulcérer, se sphacéler. Il peut dégénérer (cas d'Hartmann, de Champy et Coca).

c) *L'adénome kystique ou Cystadénome.* — Il est aussi une forme rare. C'est une dilatation kystique des glandes adénomateuses. Il ressemble au début à un œuf de Naboth faisant saillie au voisinage de l'orifice externe. Par con-

fluence de productions kystiques il peut revêtir l'aspect de tumeur polykystique.

Ces kystes contiennent un mucus rosé. Leur paroi est mince par places, en d'autres points épaisse et recouverte de végétations papillomateuses. Ces végétations peuvent être le point de départ d'adénomes végétants. Cette tendance végétante sépare complètement l'adénome kystique de l'œuf de Naboth.

II. — La forme diffuse

Elle est de beaucoup la plus fréquente. Elle se rencontre dans 78 % des cas. Le plus souvent il s'agit d'un col régulièrement hypertrophié, à surface lisse, rouge sombre, sur laquelle se dessinent des arborisations vasculaires. Sa consistance est ferme.

Ces cols secrètent des glaires rosées, ambrées, gelée de coing, nullement purulentes, ce qui les différencie des gros cols de métrite banale.

Ce n'est qu'en cas d'infection secondaire que les pertes changent de caractères et prennent un aspect purulent.

A côté de ce premier type qui simule une métrite, on peut voir plus rarement de gros cols adénomateux à surface moins régulière, d'aspect légèrement végétant, avec parfois quelques ulcérations. Dans certains cas ces aspects peuvent évoquer l'idée de cancer. (Voir observation III).

ETUDE CLINIQUE

Le début est des plus insidieux. Les malades viennent ordinairement consulter pour des pertes. Elles se plaignent parfois aussi de sensation d'endolorissement, de pesanteur lombaire comme dans une métrite. Mais il n'y a jamais de douleurs véritables.

Signes fonctionnels

Les pertes constituent donc les seuls symptômes fonctionnels. Aussi leurs caractères méritent-ils d'être précisés.

Ce sont des glaires filantes, blanchâtres ou transparentes. Par suite d'une quantité minime de sang, elles prennent souvent une coloration légèrement ambrée. En les recueillant sur une compresse, on met mieux en évidence leur aspect rosé.

Ce n'est que dans les cas d'adénomes infectés qu'elles prennent un aspect purulent, rappelant alors les sécrétions de métrite (voir observation IV-IX).

Ces pertes glaireuses sont abondantes, quelquefois même continuelles. Très souvent elles ont été attribuées à une métrite. Mais elles se montrent rebelles au traitement des métrites. C'est un de leurs caractères. Les pansements et les injections antiseptiques ne donnent qu'une amélioration de peu de durée (voir observation VII).

A ces pertes glaireuses peuvent s'ajouter des pertes rouges. Le plus souvent il s'agira seulement de quelques filets de sang mêlés aux glaires décrites précédemment. Enfin parfois peuvent apparaitre quelques métroragies, ou bien au toucher on constate que le col saigne facilement. Nous verrons au chapitre du diagnostic combien ces cas posent des questions difficiles. Il faut en effet toujours se méfier en présence de ces hémorragies, surtout vers la ménopause. Lorsque, par certains de leurs caractères, elles se rapprochent des hémorragies cancéreuses, il faut penser à la possibilité de dégénérescence de l'adénome en épithelioma (Voir observations III, V, X).

Au cours de cette évolution l'état général reste bon.

Signes physiques

I. — L'Adénome diffus

Il est le plus fréquent, aussi l'étudions-nous en premier lieu.

A) *Adénome diffus simple*

Au toucher : on trouve un col gros, régulièrement hypertrophié. Sa consistance est partout régulière, élastique, sans aucune induration. Cette élasticité spéciale du col adénomateux est plus marquée dans sa partie centrale voisine de l'orifice cervical. Le toucher ramène des glaires et ne provoque pas d'hémorragies.

A l'inspection : le col est d'un rouge sombre, avec souvent des arborisations vasculaires. La surface n'est

pas lisse, mais légèrement irrégulière, un peu grenue. Cette surface ne saigne pas au contact de la pince.

Au total c'est un gros col, rouge foncé, à surface un peu irrégulière et sans aucune réaction inflammatoire à son voisinage.

B) *Adénome diffus infecté*

Un deuxième aspect de l'adénome diffus est celui que donne l'adénome diffus infecté. Dans ce cas l'erreur est la règle avec la métrite. L'aspect du col est nettement inflammatoire, le doigt ramène des glaires purulentes. Seule la biopsie ferait reconnaître la nature de la lésion en montrant l'importance de l'hyperplasie glandulaire (Obs. IX).

C) *Adénome diffus végétant et adénome diffus ulcéré.*

A ces deux premiers types : adénome diffus simple et adénome diffus infecté, il nous faut ajouter deux autres formes dont l'aspect peut dans certain cas rappeler l'aspect néoplasique.

L'adénome diffus végétant n'est pas exceptionnel. Alors que l'adénome diffus simple présente un aspect légèrement grenu, dans certains cas le processus de papillimatose plus intense peut réaliser un aspect bourgeonnant. Ces bourgeons n'ont pas la dureté des néoformations cancéreuses. Ils sont moins friables et ne saignent pas au toucher (Voir observation III et V.).

L'Adénome diffus ulcéré est rare. A la surface d'un col hypertrophié on trouve quelques ulcérations. Mais ces pertes de substances diffèrent de celles du néoplasme.

On les voit au spéculum, on ne les sent pas au toucher car elles sont souples, sans bords cartonnés, sans induration à la base ; elles ne saignent pas.

Dans certains cas cependant, leur aspect peut rapprocher ces ulcérations de celles du cancer, d'où la nécessité absolue d'une biopsie (Obs. II).

II. — Les adénomes localisés

En cas d'adénome localisé, l'examen physique montre un des trois types décrits plus haut et sur lesquels nous n'insisterons pas de nouveau.

A) *Adénome localisé végétant.* — Il se présente au spéculum sous la forme d'une petite tumeur faisant ordinairement saillie sur la lèvre antérieure du col, rouge, légèrement grenue (obs. I); au toucher cette tumeur est ferme, élastique, non saignante.

B) *Polype adénomateux.* — Par suite de sa présence à l'intérieur du canal endocervical, il se révèle parfois par des coliques utérines. C'est une tumeur faisant saillie à l'orifice du col, rouge foncé, ferme et ne saignant pas au toucher (V. obs. VIII). Il est donc bien différent cliniquement du polype muqueux, rose, lisse, et de consistance molle.

Le polype adénomateux peut s'infecter, donner lieu à

des pertes fétides et faire croire à un polype fibreux sphacélé.

Il peut dégénérer (cas d'Hartmann, cas de Pozzi et Rouhier, Champy et Coca).

C) *L'Adénome kystique* ressemble à un gros œuf de Naboth au voisinage de l'orifice externe du col. Quelquefois il peut se présenter avec l'aspect d'une petite tumeur polykystique.

DIAGNOSTIC

Cliniquement on pensera à l'adénome en présence des symptômes sur lesquels nous avons insisté : glaires rosées ou ambrées, non purulentes, tenaces; cols gros, fermes, rouges sombre, sans réaction inflammatoire; inefficacité du traitement des métrites.

Deux erreurs de diagnostic sont fréquentes :

La métrite, en cas d'adénome diffus simple et surtout d'adénome diffus infecté.

Le cancer, en cas d'adénome végétant ou d'adénome ulcéré.

Nous avons déjà parlé au chapitre de l'anatomie pathologique de la possibilité de transformation d'adénome en cancer. Dans certains cas la possibilité de cette transformation dominera tout le diagnostic.

Certains signes cliniques doivent faire suspecter cette transformation. Il faut particulièrement insister sur les hémorragies et les caractères spéciaux qu'elles revêtent.

L'adénome pur ne saigne pas ou peu. On pensera à la possibilité d'une dégénérescence en présence d'hémorragies revêtant les caractères des hémorragies cancéreuses, hémorragies facilement provoquées au toucher, à la pince. L'interrogatoire précisera les commémoratifs de

petites hémorragies traumatiques à l'occasion d'injections, de rapports sexuels.

Dans ces cas la biopsie devient indispensable et doit être immédiatement pratiquée.

La biopsie. — Sous peine de donner des résultats erronés et d'égarer pour plusieurs mois le diagnostic, la biopsie doit être faite selon des règles très précises.

Au début, la dégénérescence cancéreuse n'est visible qu'en un point très limité de la tumeur. C'est en ce point qu'il faut pratiquer l'excision. Au doigt et à la pince, on cherche sur le col l'endroit suspect : petite zone plus dure que la région environnante et saignant facilement. L'excision doit être large et profonde. On examinera la totalité du fragment prélevé. Il ne faut pas hésiter, si le doute subsiste, à faire un nouveau prélèvement.

Douay et Soïmaru insistent dans leur travail sur l'extrême importance d'un prélèvement biopsique correct.

Une de leurs malades présentait un col gros, irrégulier, simulant une métrite, avec une petite ulcération saignante. Une biopsie au point suspect montra des lésions purement adénomateuses. On pratiqua alors une exérèse limitée. Quelques mois après on assista au développement d'un cancer et une hystérectomie abdominale large fut trop tardivement pratiquée.

Dans un autre cas au contraire une biopsie correcte permit de faire le diagnostic de dégénérescence épithéliomateuse au début. La biopsie enleva même toute la lésion et on ne retrouva plus sur la pièce d'épithéliome apparent.

PRONOSTIC

L'adénome du col utérin est une tumeur épithéliale bénigne, comme le montrent la clinique et l'anatomie pathologique. Certaines formes doivent cependant, nous l'avons vu, être rangées parmi les états précancéreux. Le fait que l'adénome est commun et le cancer des glandes cervicales rare, montre que cette transformation n'est pas fréquente. Cependant, si rares que soit le cancer des glandes cervicales, il semble bien qu'il naisse dans la plupart des cas sur un adénome.

Parmi les variétés anatomiques, celle qui a le moins de tendance à dégénérer semble la variété kystique, celle qui risque le plus de se transformer est la forme végétante, ainsi que la forme térébrante de Moukayé.

Traité par les méthodes appropriées à ses différentes formes, l'adénome du col doit guérir et son pronostic est bon dans l'ensemble.

TRAITEMENT

L'examen clinique attentif de la malade et de l'ensemble de l'appareil utéro-annexiel, le diagnostic précis de la forme anatomique; enfin et surtout la biopsie fournissent autant d'éléments qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix du traitement.

Il est également une notion capitale pour le clinicien : c'est l'âge de la malade, la dégénérescence étant beaucoup plus à craindre à l'âge de la ménopause que chez les jeunes.

Le traitement antiseptique qui convient aux métrites n'est pas indiqué dans l'adénome. Il est inefficace. Prolongé indéfiniment, il n'est peut-être pas inoffensif en raison de son action irritative.

Cependant dans les cas d'adénome infecté, il est d'une utilité incontestable pour faire disparaitre les lésions inflammatoires surajoutées.

L'adénome relève de thérapeutiques plus radicales. Dans certains cas la destruction par le galvanocautère ou les caustiques suffit. Dans d'autres cas, c'est à l'exérèse qu'il faudra s'adresser.

Destruction par le galvano-cautère et les caustiques

Le galvanocautère doit être réservé aux formes rela-

tivement rares de cystadénome qui paraissent ne présenter que des tendances minimes à dégénérer. L'application prolongée d'une pointe de galvanocautère faite à deux ou trois reprises à une semaine d'intervalle suffit généralement à amener la guérison. Dans les autres formes le galvanocautère doit être proscrit en raison de son action irritative.

Le caustique de Filhos agissant par la formation d'escarre représente un autre mode de traitement de l'adénome. Selon la technique que nous a enseigné M. Douay, cette application doit être intracervicale, ce qui est facile lorsque le col est largement ouvert. Sinon on dilatera préalablement le col à l'aide des bougies. A cause de l'épaisseur souvent considérable de la muqueuse adénomateuse, il faut laisser le crayon plus longtemps en place que lorsqu'il s'agit d'une métrite banale : 25 à 30 secondes. Après cette cautérisation, la malade reste au lit 24 heures. L'escarre se détache du 5e au 8e jour suivie immédiatement de réparation. Trois semaines après on peut juger de l'effet de cette première cautérisation et de la nécessité d'une nouvelle. Deux à trois suffisent le plus souvent.

Cette méthode n'est pas à l'abri de toute critique. Il n'est pas toujours facile en effet de proportionner l'escarre à l'épaisseur de la lésion. Trop profonde elle peut intéresser le muscle ce qui entraîne une sténose. Trop superficielle elle laisse subsister des glandes adénomateuses, point de départ de récidive.

Nous préférons réserver le Filhos aux femmes jeunes et aux formes les plus bénignes. Il a ici l'avantage d'éviter

une intervention chirurgicale et les mutilations qu'elle comporte.

Il n'y a peut-être pas d'inconvénients à étendre davantage ses indications. Nous avons employé le caustique de Filhos avec d'excellents résultats chez des femmes plus âgées et dans des cas où, pour une raison quelconque, une intervention chirurgicale ne pouvait être pratiquée. (V. obs. I).

La diathermie, l'électrocoagulation, la cryothérapie, ont été également essayées dans le traitement de l'adénome du col avec des résultats jusqu'à présent peu encourageants.

Le radium ne semble pas agir sur les néoformations adénomateuses. Nous l'avons expérimenté d'une manière indirecte chez une malade qui présentait en même temps qu'une adénome du col un petit fibrome. La dose utile dans le traitement du fibrome n'entraîna aucune amélioration de l'adénome (V. obs. XI).

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical nous paraît indiqué :

1° Chez les malades parvenues à la ménopause. A cet âge en effet on a intérêt à ne pas employer de traitements susceptibles de déterminer une irritation cellulaire et une transformation, exceptionnelle sans doute, mais possible.

En outre, à l'âge voisin de celui du cancer, on doit prendre en considération la possibilité d'une dégénérescence limitée et difficile à reconnaître même histologi-

quement si la biopsie n'intéresse pas le point précis où elle siège.

2° A la ménopause l'ablation d'un col uterin ou même une hystérectomie ne présentent pas les inconvients que comportent ces opérations chez les jeunes.

3° Dans certaines formes enfin, telles les formes d'adénomes très étendus, le traitement par les caustiques et en particulier par le Filhos peut donner des échecs (obs. IX). Dans ces cas on sera conduit secondairement à une intervention chirurgicale.

Envisageons d'abord les cas les plus simples :

a) Le polype adénomateux. Il sera enlevé très facilement par torsion de son pédicule. Cette petite intervention peut déterminer une hémorragie assez abondante mais sans gravité.

b) L'adénome très localisé. Il peut parfois être enlevé en totalité d'un coup de pince emporte-pièce (obs. I).

c) Les formes localisées mais déjà plus étendues. Elles relèvent d'une amputation partielle.

Dans les autres formes des opérations plus complexes doivent être envisagées. Ce sont :

a) Les cas d'adénomes diffus intéressant tout le col.

b) Les cas d'adénomes associés à d'autres lésions de l'appareil utéro-annexiel, ce qui est loin d'être exceptionnel (V. obs. II, XI, XII).

c) l'adénone térébrant de Monkayé;

d) les formes suspectes de dégénérescence cancéreuse, même après biopsie négative s'il subsiste quelque doute dans l'esprit du clinicien;

e) les dégénérescences cancéreuses avérées (obs. XIII).

On pourra être conduit à pratiquer, suivant les cas :

Une amputation du col;
Une hystérectomie totale;
Une hystérectomie élargie.

1° *Amputation du col :*

Diverses techniques peuvent être employées.

a) L'opération de Schrœder ou ses dérivés ont l'avantage de rendre visible la surface interne du col, ce qui permet une bonne exérèse.

b) L'opération de Forgue-Pouey ou amputation conique permet de remonter très haut dans le canal endocervical. La technique de Sturmdorf avec double point en *U* facilite l'hémostase. Elle est la plus employée dans le service du P[r] J. L. Faure.

c) L'amputation sus-vaginale peut être faite en cas de lésion très étendue. L'hémostase n'est pas toujours facile et Douay cite un cas où l'hystérectomie vaginale dût être secondairement pratiquée.

2° *L'hystérectomie totale* est indiquée dans les cas suspects de dégénérescence.

3° *L'hystérectomie totale large*, opération de Wertheim, sera pratiquée dans les cancers. Ces cancérisations au début, alors que les lésions sont limitées à un point précis du col, que le terrain est encore peu septique, ont apporté à l'actif du Wertheim de très beaux succès. Cette opération bien réglée peut être rapidement menée. Ses suites sont d'une grande simplicité depuis que le pan-

sement à la Mickulicz est appliqué de façon systématique comme à l'hôpital Broca. La statistique du Wertheim, en ce qui concerne ces cas de cancer au début, donne dans le service de notre maître J.-L. Faure 80 % de cas de guérison.

La Curiethérapie intra-utérine à doses cancéricides peut donner également de beaux résultats. Elle nous paraît indiquée dans les cas où l'intervention chirurgicale présente des aléas (obésité, déficience hépatorénale, etc.).

Mais lorsque au cours d'opérations chirurgicales, comme dans le cas de Douay signalé plus haut, et qui concernait cependant un cancer très au début, on trouve un ganglion cancéreux qui eût échappé à l'action du radium, on ne peut qu'approuver la tendance de l'école de l'Hôpital Broca et considérer l'opération comme donnant une sécurité plus grande que la radiothérapie.

OBSERVATIONS

Observation I

Un cas d'adénome localisé présentant une partie végétante et une partie kystique. — Galvanocautère sur la partie kystique. — Ablation partielle à la pince. — Filhos. — Guérison.

Mme O., 53 ans, vient consulter le 13-1-26 parce que, à 53 ans, elle est encore réglée et que ses règles, très régulières, augmentent d'abondance depuis 18 mois. De plus elle présente des pertes blanches abondantes avant la période menstruelle.

Elle a eu trois grossesses normales et n'a aucun antécédent de métrite. Cette malade présente une obésité assez accentuée avec emphysème pulmonaire.

EXAMEN. — Le col de l'utérus est irrégulier, de consistance inégale, plus ferme sur la lèvre postérieure. Le corps est en rétroversion. Les culs de sac sont libres.

Au spéculum on voit sur la lèvre postérieure du col faisant saillie dans l'orifice cervical, une grosse bosselure, dont la surface est irrégulière, grenue, et dont la couleur rouge sombre contraste avec la coloration normale du col. Cette lésion ne saigne pas au toucher. A côté d'elle, on voit une petite tumeur kystique ressemblant à un gros œuf de Naboth.

DIAGNOSTIC. — Adénome probable avec partie kystique.

LA BIOPSIE. — Confirme ce diagnostic : Adénome banal (Dr. Champy).

TRAITEMENT. — Chez cette femme de 53 ans, au voisinage de la ménopause, le traitement rationnel serait l'amputation du col, mais en raison de l'adiposité et de l'emphysème, nous nous contentons d'une exérèse limitée. Le 2-2-26, on coupe à la pince de

Ruault la partie saillante de l'adénome, au voisinage de l'orifice externe. On traite par la pointe galvanique la partie kystique.

Deux jours après, on fait une application intra-cervicale très prolongée de Filhos suivie de quelques jours de repos au lit.

SUITE. — Le 26 février, amélioration très marquée, on touche de nouveau le kyste au galvanocautère.

Le 18 Mai : deuxième application de Filhos plus légère que la première.

Le 22 Avril : Le col est entièrement cicatrisé, l'hystéromètre franchit facilement son orifice sans provoquer d'hémorragies. Les symptômes fonctionnels ont disparu.

CONCLUSION. — Nous notons là un très beau résultat du Filhos.

Observation II

Un cas d'adénome ulcéré coexistant avec une salpingite bilatérale chez une malade présentant une tuberculose pulmonaire droite. — Hystérectomie abdominale totale.

Mme G., 29 ans, 3 enfants, vient consulter le 15-2-26, pour des pertes blanches abondantes et des douleurs pelviennes plus marquées à droite et s'exagérant par la fatigue. Ces troubles remontent à 3 ans. A cette époque la malade a présenté une crise salpingienne aigüe. L'état général est médiocre, on a constaté des bacilles de Koch dans les crachats.

EXAMEN. — Au toucher, le col présente une certaine résistance, surtout au voisinage de l'orifice externe. Le corps utérin est petit. Dans le cul de sac droit, on sent une petite masse annexielle douloureuse. Au spéculum, le col est constitué par une suite d'élevures ulcérées faisant le tour de l'orifice externe, dont les deux lèvres sont hypertrophiées. Ces ulcérations n'ont pas été senties au toucher ; elles ne saignent pas.

DIAGNOSTIC. — Ces derniers caractères éliminent le diagnostic de néoplasie maligne. S'agit-il d'une métrite banale, d'un adénome ulcéré, ou encore, à cause des antécédants, d'une ulcération tuberculeuse peu fréquente ?

BIOPSIE. — La biopsie peut seule trancher le diagnostic. La réponse du Dr Champy est adénome du type papillaire.

TRAITEMENT. — L'adénome, s'associant chez notre malade à une salpingo ovarite, peut être de nature bacillaire, l'hystérec-

tomie est proposé. Le 3 Mars 1926 : Hystérectomie abdominale totale pratiquée par le Dr Braine sous anesthésie rachidienne.

Suites normales.

Observation III

Cas d'adénome du col simulant un cancer chez une malade présentant une annexite droite. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mme G., 43 ans, vient consulter le 30 septembre 1925, pour des pertes blanches persistantes et constantes, des pertes rouges discrètes et irrégulières.

Mariée à 29 ans, elle a eu 3 accouchements normaux, le dernier il y a 3 ans.

Les troubles datent de 3 mois ; en juillet, elle a eu une crise douloureuse à type salpingien, ayant nécessité l'application de glace. En août et septembre, les règles ont été normales. Entre ces deux périodes menstruelles survient un fait nouveau : apparition de petites pertes de sang, quelquefois rouges, quelquefois un peu brunâtres, sans mauvaise odeur, survenant d'une manière irrégulière. La malade se plaint de fatigue et aurait maigri de 10 kilogs.

EXAMEN. — Au toucher : col entrouvert, irrégulier, de consistance inégale, saignant au contact. Utérus normal, les culs de sac vaginaux ne présentent aucune induration suspecte, mais dans la base du ligament large à droite, on sent une petite masse bien limitée qu'il est difficile d'interpréter. Peut-être, en raison des antécédents, s'agit-il d'un ovaire enflammé ?

AU SPÉCULUM. — Col un peu bourgeonnant, mais les bourgeons, tout en rappelant ceux de l'épithélioma végétant du col à sa phase de début, ne sont ni aussi durs, ni aussi friables, ni aussi saignants.

BIOPSIE. — 3 petits fragments sont prélevés sur la lèvre postérieure du col, près de l'orifice externe, là où les bourgeons nous ont paru présenter leur maximum de dureté.

La réponse du Dr Champy est hyperplasie glandulaire de nature bénigne. Il s'agit en effet de formation glandulaire à épithélium cylindrique, dont les cellules ont gardé partout leurs propriétés de cellues secrétoires et ne présentent aucune figure de cariocinèse.

CONCLUSION. — Adénome.

TRAITEMENT. — Hystérectomie abdominale totale pratiquée le 11 octobre 1925, par le Dr Douay. Mickuliez.

SUITES. — Favorables, le 31 décembre nous revoyons la malade. Localement le résultat est excellent.

Observation IV

Un cas d'adénome du col très infecté. — Essai de traitement par le Filhos.

Mme L., 46 ans, vient consulter le 15-2-26, pour des pertes blanches et des troubles menstruels. Mariée à 20 ans, elle a présenté à cette époque des signes d'une métrite à laquelle elle attribue une première fausse-couche de 4 mois et demi, une deuxième de 6 mois et demi. 1 an après, malgré une menace d'avortement à 7 mois, elle mène une grossesse à terme et à des couches normales. Il y a 6 ans, nouvelle poussée de métrite qui s'atténue par les traitements habituels. En janvier 26, elle consulte parce que, outre ses signes de métrite, elle présente des irrégularités menstruelles. Il est à noter que, depuis 4 ans environ, elle présente en dehors des règles de petites pertes de sang discrètes et sans odeur.

EXAMEN. — Au toucher : petit col irrégulier et dur. Corps : volume et mobilité normaux.

Les culs de sac et les ligaments larges semblent sains. Le toucher provoque une légère hémorragie, et le doigt ramène des glaires purulentes.

Au spéculum : col rouge sombre, irrégulier, sans véritables végétations ni ulcérations.

DIAGNOSTIC. — Cet aspect n'est pas absolument caractéristique d'un cancer du col au début. De plus, un autre caractère clinique peut laisser des doutes sur ce diagnostic, c'est la lenteur de l'évolution de cette lésion, 4 ans au moins s'étant écoulés depuis que la malade a constaté l'apparition de petites pertes de sang entre les règles ; un cancer du col eut déjà infiltré les parties voisines. Néanmoins, la sensation d'induration que donne le toucher, la présence constante de sang sur le doigtier aux différents examens, nous font considérer la lésion comme suspecte.

BIOPSIE. — Pour éclaircir le diagnostic, une biopsie est pratiquée le 17-2-26.

La réponse du Dr Champy confirme le résultat d'une première biopsie pratiquée en ville un mois auparavant ; il s'agit d'un adénome du type papillaire de Moukayé, adénome très infecté.

TRAITEMENT. — Le 11 mars, le col étant fermé, on dilate, son orifice externe avec des bougies, on explore à la curette l'intérieur de la cavité endo-cervicale. Il n'y a pas de bourgeons suspects. On fait une première application prolongée de Filhos intra-cervicale, suivie de repos au lit pendant quelques jours.

Le 5 mai, la malade revient très améliorée, pour une deuxième application de Filhos.

Observation V

Un cas d'adénome diffus végétant. — Stade prénéoplasique. — Hystérectomie abdominale totale.

Mme S., 52 ans, entre à l'hôpital le 2 novembre 25, pour des métrorragies. Ces métrorragies sont de date récente. Elles ont débuté il y a 1 mois et demi, 10 jours après les dernières règles, se sont accompagnées de caillots et ont été indolentes. Cette perte de sang a duré 15 jours, diminua progressivement d'abondance. Elle fut suivie de pertes blanches. Les règles suivantes furent normales.

Cette malade de 52 ans est encore réglée. Jusqu'alors les règles étaient abondantes et régulières. Elles ont toujours été douloureuses.

Mme S. a eu 5 enfants. Le 1er accouchement, à 27 ans, nécessita un forceps et fut suivi de métrite avec salpingite légère.

EXAMEN. — Le col est volumineux, entr'ouvert, sa lèvre antérieure et proéminente, rouge foncé. Sa lèvre postérieure et irrégulière, végétante, mais non saignante. Ce gros col est assez souple, mais la partie accessible de la cavité endocervicale présente un certain degré d'induration. ,

L'utérus, de volume normal, semble fixé à gauche, vraisemblablement par une salpingite ancienne.

DIAGNOSTIC. — Chez cette malade, l'histoire clinique (métrorragie récente), l'âge (52 ans), et enfin l'examen local font suspecter un cancer.

LA BIOPSIE. — Est examinée par le Dr Champy, qui répond adénome au stade prénéoplasique.

TRAITEMENT. — Le 23 novembre 25, une hystérectomie abdominale totale est pratiquée par le Dr Leroy, les suites furent normales ; la malade quitte l'hôpital le 21 décembre. Le 5 mai 26, nous avons revu cette malade en excellent état.

Oboervation VI

Un cas d'adénome diffus du col chez une femme jeune. — Essai de traitement par le Filhos. — Guérison.

Mme C., 31 ans, 2 enfants, une fausse-couche de 6 semaines, vient consulter le 26-2-26, pour des pertes blanches glaireuses abondantes, et parce qu'elle a eu récemment une petite crise salpingienne.

Les règles sont normales.

EXAMEN. — Au toucher, le col est ferme, sans être dur ; le corps est en rétroversion réductible, à droite, on note une certaine sensibilité du cul de sac.

Au spéculum : col volumineux avec des cicatrices étoilées, circonscrivant l'orifice externe, il existe une large érosion circulaire de couleur rouge, tranchant nettement par sa coloration et son aspect, sur la petite bordure du museau de tanche restée normale. Il n'y a pas de secrétion purulente, ce dernier caractère fait penser à la possibilité d'un adénome.

BIOPSIE. — Adénome du col (Dr Champy). Bien que la lésion soit assez diffuse, nous essayons un traitement par le Filhos.

TRAITEMENT. — Le 13 mars 1926, première application de Filhos intracervical.

Le 15 avril : la lésion a regressé, mais il reste encore une petite bordure adénomateuse autour de l'orifice externe, pansement picriqué.

Le 29 avril : deuxième application de Filhos. La malade est revue en bon état.

Les glaires ont complètement disparu.

Observation VII

Un cas d'adénome diffus. — Traitement antiseptique de métrites. — Echec. — Traitement chirurgical. — Amputation. — Guérison.

Mme V., 35 ans, 2 enfants, vient consulter pour des pertes blanches peristant depuis 4 ans, et s'accompagnant de douleurs lombaires. La malade suit depuis 2 ans, très régulièrement, et sans résultat, un traitement de métrite (injections antiseptiques, pansements à l'ichtyol).

Depuis un an, entre le règles, cette malade présente quelques pertes de sang rosées avec de temps à autres quelques filets de sang rouge.

EXAMEN. — Gros col hypertrophié, élastique, sans irrégularité, d'une rougeur diffuse, avec arborisations vasculaires. Le doigtier ramène des pertes glaireuses, non purulentes.

LA BIOPSIE. — Montre un adénome du col.

TRAITEMENT. — Le 9 novembre 25, sous anesthésie au Schleich, le Dr Douay pratique un curetage après dilatation. La muqueuse est très épaissie, il fait une amputation du col (procédé de Strumdorf avec un double point en u). Suites favorables.

Actuellement, la malade ne présente aucunes pertes blanches, le col est parfaitement cicatrisé.

Observation VIII

Un cas de polype adénomateux infecté. — Ablation. — Guérison.

Mme B., 49 ans, 1 enfant, vient pour des pertes blanches et rouges qui l'inquiètent. Depuis 1924, les règles ont augmenté d'abondance. En même temps, d'une manière intermittente, la malade perd un liquide aqueux empesant le linge. A partir de décembre 1925, il y a de véritables ménorragies. Les suivant et les précédant, il existe des pertes blanches extrêmement abondantes, continuelles, quelquefois mêlées d'un peu de sang et sans fétidité. La malade n'a jamais présenté aucune douleur.

L'EXAMEN. — Montre une tumeur arrondie, de forme légèrement irrégulière, de la grosseur d'un marron, de couleur rouge foncée. Cette tumeur fait issue par l'orifice du col dont la consistance est normale.

DIAGNOSTIC. — Il s'agit d'un polype dont on discute la nature. Son volume, sa couleur, son aspect, font eliminer d'emblée l'hypothèse d'un polype muqueux. Plus délicat est ici le diagnostic entre un polype fibreux et adénomateux.

TRAITEMENT. — Sous anesthésie au chlorure d'éthyle, le Dr Douay pratique, le 29 avril 26, l'ablation de ce polype par torsion. L'opération est facile, sans hémorragie consécutive.

EXAMEN DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE. — Le polype enlevé a 6 cm. de longueur environ, il est aplati, arrondi à sa partie inférieure, son pédicule est épais.

La coupe le montre formé d'un tissu blanc rosé, ne criant pas sous le bistouri comme un fibrome.

A L'EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Il sagit d'un adénome pédicule infecté (Dr Champy).

SUITES. — La malade sort guérie. Elle reste sous notre surveillance, car il serait possible qu'un processus adénomateux se développe ultérieurement dans la profondeur du col.

Observation IX

Un cas d'adénome infecté chez une malade de 30 ans. — Essai de traitement conservateur par le Filhos. — Echec.

Mme F., 30 ans, sans enfants, ni fausse-couche, vient consulter pour des pertes blanches abondantes, verdâtres, anciennes (8 ans) et des douleurs lombaires.

EXAMEN. — (octobre 1925) Col d'aspect métritique d'où s'écoulent des glaires purulentes. Ce col est un peu suspect en raison d'une tendance aux hémorragies provoquées. Légère annexite gauche. Recherche de gonocoques négative (Dr Bulliard).

BIOPSIE. — Métrite adénomateuse, adénome infecté (Dr Champy).

TRAITEMENT. — A 3 semaines d'intervalle, on fait trois applications intracervicales de Filhos. L'état du col s'améliore légèrement, mais les pertes persistent.

On sera conduit à pratiquer une intervention chirurgicale.

Observation X

Récidive d'adénome après amputation du col. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Mme R., 44 ans, sans enfants, vient consulter le 3 décembre 23, parce qu'après un arrêt de règle de 3 mois, attribué à la ménopause, elle recommence à perdre du sang.

Depuis 4 mois, ces pertes de sang sont incessantes, peu abondantes et indolentes.

EXAMEN. — Col hypertrophié avec surface rouge, sans gros bourgeons et sans induration.

BIOPSIE. — Adénome et métrite (Dr Champy).

TRAITEMENT. — On traite pendant une quinzaine de jours l'infection du col ; les pertes diminuent et l'aspect du col reste sensiblement le même.

Le 31 janvier 1926 : Amputation conique (procédé de Sturmdorf).

Le 30 juin : La malade revient parce que depuis un mois, elle présente des petites pertes de sang presque continuelles.

EXAMEN. — Sur le moignon du col, on constate la présence d'un petit bourgeon dur. Ce petit bourgeon suspecte est enlevé à la pince de Ruault pour une nouvelle biopsie. Il s'agit d'un bourgeon adénomateux.

TRAITEMENT. — On essaye de le détruire par des applications de nitrate d'argent. Les petites hémorragies réapparaissent devant cette récidive d'adénome et cette reprise des hémorragies, on propose une hystérectomie.

Opération. — Le 23-12-24, hystérectomie abdominale totale par le Dr Douay, suites normales. Cette malade est revue ces jours derniers, le résutat est excellent, la cicatrice absolument souple.

Observation XI

Un cas d'adénome du col avec fibrome de l'utérus. — Essai de traitement du fibrome par le radium. — Inefficacité de ce traitement sur l'adénome du col.

Mme R., 36 ans, un enfant, vient en février 1926, pour des métrorragies qui remontent à 6 mois. Ces hémorragies sont extrêmement abondantes, durent souvent 15 jours, s'arrêtent 8 jours et reprennent. Elles sont constituées par du sang rouge, sans caillots, sans odeur et s'accompagnent de coliques.

EXAMEN. — Au toucher, très gros col élastique régulier. L'exploration endo-utérine montre la présence de bosselures probablement de nature fibromateuse.

On pense à un fibrone sous muqueux. On fait un prélèvement sur le col présumé adénomateux.

Cette biopsie montre un adénome du col (Dr Champy).

TRAITEMENT. — La malade préférant un traitement médical, le 27-3-26, on introduit dans la cavité cervicale, un tube de 20 milligrammes de bromure de radium, qu'on laisse en place 4 jours. La malade reçoit ainsi 8 m. c. d. Ce traitement eut une action heureuse sur les métrorragies, mais n'amena aucune modification de l'état du col.

Nous commençons un traitement par le Filhos. Deux applications intracervicales ont été faites avec un résultat peu sensible. Il est probable qu'on sera amené ultérieurement à un traitement chirurgical.

Observation XII

Un cas d'adénome suspect de dégénérescence cancéreuse chez une malade présentant un utérus fibromateux.

Mme H., 49 ans, 2 enfants, vient consulter le 24-3-1926 pour des irrégularités menstruelles, datant de 6 mois, mises sur le compte de la ménopause. On lui fit, il y a 3 ans, un curetage pour une métrique hémorragique. Elle aurait des métrorragies et des pertes blanches un peu fétides. Elle a maigri depuis peu.

EXAMEN. — Le col est gros, dur, bosselé, extrêmement irré-

gulier. L'utérus est gros, dur, rétroversé (probablement fibrome). Il est fixé de chaque côté par des annexités anciennes. Au spéculum : le col est irrégulier, rouge, avec arborisations vasculaires très marquées. Aspect typique d'adénome. Sur la lèvre postérieure existe un point plus saillant, plus rouge, plus dur, mais ne saignant pas. En ce point, on pratique une biopsie.

BIOPSIE. — Adénome simple, sans dégénérescence (Dr Champy).

TRAITEMENT. — Hystérectomie totale (Dr Donay), le 3 mai 1926. Suites normales.

Observation XIII

Cas d'adénome avec dégénérescence épithéliomateuse (Cas publiés par Douay et Soïmaru dans leur travail de « Gynécologie et obstétrique »).

Mme D., 47 ans, un enfant, consulte le 5 novmbre 1924, pour des pertes blanches, avec un peu de sang.

Le col est mou, avec une tumeur dure à l'entrée du canal cervical. Il s'agit probablement d'un polype adénomateux.

LA BIOPSIE est faite au point le plus dur et montre (Dr Champy) un adénome avec un point d'épichélioma certain.

TRAITEMENT. — Un Wertheim est proposé et refusé. Il eût d'ailleurs été difficile en raison de l'adiposité de la malade et d'emphysème. On fait une application de Radium le 3-1-1925. (30 m. c. d. en 4 jours). Actuellement la malade est en bon état.

CONCLUSIONS

I. L'adénome du col utérin est une tumeur bénigne caractérisée par l'hyperplasie simple des glandes de la muqueuse cervicale.

II. Cette hyperplasie n'est pas rare. Sa cause réelle nous échappe, comme celle de toutes les néoplasies épithéliales.

III. Histologiquement l'hyperplasie glandulaire réalise deux aspects : adénome papillaire, adénome lobulé. Quelque soit le type, l'adénome garde toujours les caractères d'une tumeur bénigne.

A ces deux types principaux s'ajoute l'adénome térébrant caractérisé par une tendance vers un processus de malignité.

Les cas de transformation maligne sont rares mais indiscutables. L'évolution maligne est caractérisée à ses stades de début par certaines modifications des cellules à mucus.

IV. Anatomiquement, l'adénome se présente sous des formes partielles, les plus rares, (adénome localisée végétant, polype adénomateux, adénome kystique); et des formes diffuses, plus fréquentes (adénomes diffus simple, végétant, ulcéré, infecté).

V. Cliniquement les pertes glaireuses, légèrement am-

brées, constituent le signe principal. Les hémmoragies doivent faire suspecter la dégénérescence. Les cols adénomateux sont de consistance égale, ferme, élastique et ne présentent pas de caractères inflammatoires.

VI. L'adénome peut être confondu, suivant les formes, soit avec la métrite, soit avec le cancer. Dans ce dernier cas, la biopsie est indispensable et doit être pratiquée suivant des règles très précises.

VII. Le pronostic est favorable, mais il faut se rappeler que certaines formes ont été rangées parmi les états précancéreux.

VIII. Au point de vue thérapeutique il faut :

1° Abandonner les antiseptiques.

2° Détruire en totalité.

3° Dépister la cancérisation.

La destruction totale peut être effectuée par des moyens médicaux : applications de caustique de Filhos, par exemple.

Les cas suspects de cancérisation et les cancers relèvent du traitement chirurgical : amputation du col, hystérectomie totale, opération de Wertheim.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu : Le Président de thèse,

J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :

LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

AUVRAY et BOURSIER. — **Précis de gynécologie.** Collection Testut. Edition 1925.

BECAVIN. — Thèse, Paris, 1914. **Contribution à l'étude anatomique et histologique du col de l'utérus.**

BOUILLY. — **De l'hypertrophie glandulaire localisée au col de l'utérus.** Congrès international de médecine, 1900.

CHAMPY et COCA. — **Pathogénie du cancer et culture de tissu.** Journal de Physiologie et de Pathologie générale. Année 1919-1920, T. XVIII, p. 549.

CORNIL. — **Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites.** Journal des connaissances médicales, 26 avril 1888, p. 131.

DE SINETY. — **Traité pratique de gynécologie.** Paris, 1900.

DOUAY et SOIMARU. — **L'Adénome du col de l'utérus.** Gynécologie et obstétrique, T. 926, T. XII, n° 4.

FAURE et SIREDEY. — **Traité de gynécologie médico-chirurgicale.**

FRITSCH. — **Die Krankheiten der Frauen,** 1905.

FURST. — **Uber suspectes und malignes cervix adenom.** Zeitscher für Geb. u gyn. Bd XIV, 1888, p. 352.

FORGUE et MASSABUAU. — **Traité le Dentu-Delbet. Adénomes de l'utérus.** Tome XXXIV, p. 231.

HARTMANN et LECÈNE. — **Adénome diffus au col simulant un cancer.** Annales de gynécologie et d'obstétrique. Mai, 1908.

HARTMANN et M. RENAUD. — **Adeno-fibrome pédiculé du col.** Obstétrique et Gynécologie. T. IV, 1921.

HARTMANN, d'ALLAINE et SURMONT. — **Adénome pédiculé du col avec début de transformation cancéreuse.** Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie, 14 janvier 1924.

KLINGER. — **Adenoma malignum portionis uteri.** Zetschr fur Geb. in Gyn. 1908. B. LXIII.

JELLIET. — **Adeno carcinome of the cervix.** Transactions of the Royal Academy of médecin in Irland, 17 février 1910.

MANSFELD. — Voir communication Lecène et Hartmann.

MÉNÉTRIER. — **Cancer.** Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. Paris, 1908.

MÉNÉTRIER. — **Le cancer.** Paris, 1900.

MICHEL. — **Tumeur polykystique du col à contenu colloïde.** Revue mensuelle de gynécologie et obstétrique. 7 année, **n° 9.**

MORESTIN. — Voir communication Lecène et Hartmann.

MONTFUMAT. — **Etude des polypes de l'utérus.** Thèse de Paris, 1867, n°67.

MOUKAYÉ. — **Adénome bénin du corps utérin de type décidual** Gyn et obst. T. III, 1921, n° 4.

Recherches sur les néoplasies des glandes cervicales. Gyn. et obst., T. V, 1922, n° 1.

POZZI. — **Traité de gynécologie,** 4e édition. **Adénome et adénomyomes de l'utérus.**

POZZI et ROUHIER. — **Revue de gynécologie.** 1914.

RUGE. — Berliner Geselhschaft für Geb. in Gyn 1894 und für Geb. u gyn. Bd XXXI, p. 491.

RUGE et VEIT. — **Der Krebs der Gebärmutter** 1881.

SELDBERG. — **Virchoff's Archiv.** Bd. CLX, p. 552.

SCHUBERT — **Zystenbildungen in der Cervix utéri.** Zeitschr, f. Geb. u. gyn. T. LXIX, 1911.

JOUVE & C^ie^, Imprimeurs-Éditeurs, 15, Rue Racine, PARIS. — I. M. L.